

Étude des droits aux services et aides à long terme

Eligibility Review for Long Term Services and Supports

Nom du client (prénom, initiale du deuxième prénom, nom)		Numéro d'identifiant client	
Adresse du client	Ville	État	Code postal
Adresse postale	Ville	État	Code postal
Nom de l'époux/se ou parent de l'enfant mineur (prénom, initiale du deuxième prénom, nom)			
Adresse de l'époux(se)/parent (si différent)	Ville	État	Code postal
Numéro de téléphone du client (avec indicatif) <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Messagerie	Adresse e-mail du client		
Représentant autorisé			
<p>Un représentant autorisé est une personne que l'agence ou son représentant peut contacter au sujet de vos prestations. Vous pouvez nommer quelqu'un, mais ce n'est pas une obligation. Les exemples comprennent le gardien, l'époux/se, un parent, un mandataire.</p> <p>Avez-vous un Représentant autorisé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>			
Nom	Lien		
Adresse postale	Ville	État	Code postal
Numéro de téléphone (avec indicatif)	Adresse e-mail		
Revenu non gagné du client			Montant
Allocations de sécurité sociale			\$
Retraite / pension / rente			\$
Autre – Allocations d'ancien combattant, L&I, pension alimentaire matrimoniale, intérêts, revenu locatif ou trimestriel (dressez la liste ci-dessous)			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$



Revenu gagné du client			
Employeur	Date de début	Montant brut reçu	Fréquence de paie
S'agit-il d'un revenu d'indépendant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Ressources du client			
	Valeur	Institution financière / entreprise / lieu	
Comptes courants	\$		
Comptes d'épargne	\$		
Autres comptes financiers :	\$		
	\$		
Certificats de dépôt (CD)	\$		
Compte détenu par l'institution	\$		
Liquidités disponibles / conservées par autrui	\$		
Polices d'assurance vie / funéraire	\$		
Fonds funéraires	\$		
Fiducies	\$		
Rentes	\$		
Foyer (dont domaine viager)	\$		
Autre propriété :	\$		
	\$		
Autre – véhicules, actions, obligations, fonds communs, comptes-retraite (dressez la liste ci-dessous)			
	\$		
	\$		
	\$		
Avez-vous vendu, échangé ou offert votre argent, votre foyer, vos propriétés ou d'autres ressources au cours des cinq dernières années ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, veuillez remplir les informations suivantes :			
Type	À qui	Montant	Date du transfert
		\$	
		\$	
		\$	

Dépenses médicales du client et frais du gardien / bénéficiaire (joignez un justificatif)	Montant
Assurance maladie (indiquez les fournisseurs)	\$
	\$
Assurance de soins de longue durée (indiquez le fournisseur)	\$
Frais mensuels de garde	\$
Frais mensuels du bénéficiaire	\$
Factures médicales impayées (liste)	\$
	\$
État matrimonial	
Votre statut matrimonial a-t-il changé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Revenu de l'époux(se) / la personne à charge	Montant
Allocations de sécurité sociale	\$
Retraite / pension / rente	\$
	\$
Revenus	\$
	\$
Allocations d'ancien combattant	\$
Autre – L&I, pension alimentaire matrimoniale, intérêts, revenu locatif ou trimestriel (dressez la liste ci-dessous)	
	\$
	\$
Frais de logement	Montant
Loyer / prêt immobilier	\$
Impôt foncier / assurance habitation	\$
Charges	\$
Autre – Évaluations, frais de copropriété, espace locatif, etc.	\$

Autorisation de vérification des biens

Je suis conscient(s) que les informations que je fournis pour demander ou renouveler une assistance peuvent être vérifiées par des représentants fédéraux ou d'État afin de déterminer leur véracité. J'autorise l'Autorité des soins de santé de l'État de Washington (HCA) et le Département des services de santé et des services sociaux (DSHS) à vérifier mes biens afin de déterminer mes droits et de vérifier la précision de mes données financières. Je suis conscient(e) que la HCA et le DSHS peuvent rechercher et contacter toute institution financière, agence d'État ou fédérale, ou base de données privée dans le cadre du processus de vérification. Je suis conscient(e) que cette autorisation prendra fin dès qu'une décision définitive aura été prise concernant ma demande, à la fin de mes allocations ou si je révoque cette autorisation en faisant parvenir un avis par écrit à la HCA ou au DSHS. En cas de retrait ou de refus de fournir cette autorisation, je suis conscient(e) que je n'aurai pas droit à tout programme d'assistance Medicaid pour personnes âgées, aveugles et infirmes Washington Apple Health. Le retrait de l'autorisation ou le refus de la vérification des biens n'a aucun impact sur le droit aux assistances sur mesure pour adultes âgés (programme TSOA).

Déclaration et signature(s)

J'ai pris connaissance, personnellement ou par l'intermédiaire d'un tiers, du formulaire d'étude des droits et de mes droits et responsabilités et j'ai reçu une copie du document Droits et responsabilités de la couverture d'assurance maladie (Health Care Coverage Rights and Responsibilities), HCA 18-011.

Je suis conscient(s) que les informations que je fournis pour demander une assistance peuvent être vérifiées par des représentants fédéraux ou d'État afin de déterminer leur véracité. Si j'ai un intérêt dans une rente, je dois nommer l'État de Washington comme bénéficiaire résiduel de la rente.

Je déclare sous peine de parjure, conformément aux lois de l'État de Washington, avoir fourni des informations qui sont, à ma connaissance, exactes, correctes et complètes.

Signature du client	Téléphone	Date
Signature de l'époux(se)	Téléphone	Date
Signature du parent de l'enfant mineur	Téléphone	Date
Signature du représentant autorisé ou assistant	Téléphone	Date